

## Proceso de Planificación Inicial de AzEIP Niño y Familia

Nombre del (la) Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Apodo/AKA \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

Grupo Etnico \_\_\_\_\_ Idioma que se habla en casa \_\_\_\_\_ Niño(a) \_\_\_\_\_

Tribu \_\_\_\_\_ Reservación \_\_\_\_\_

Padres de familia			Otros niños y adultos en casa		
Nombre			Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
Parentesco con niño(a)					
Fecha de nacimiento					
Teléfono para recados					
Teléfono – trabajo					
No. de Seguro Social					
Ocupación					
Guardián Legal (si otro que el indicado arriba)			Contacto de Emergencia		
Nombre			Nombre		
Domicilio			Domicilio		
No. de Teléfono	Parentesco		No. de Teléfono		

Indicaciones para llegar al domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de Remisión \_\_\_\_\_ Fuente de Remisión \_\_\_\_\_ No. de Teléfono de Fuente de Remisión \_\_\_\_\_

Personas que llenan la forma: \_\_\_\_\_

## Rutinas, Actividades e Interacciones Diarias

<u>Fecha</u>	Describa un día típico con su hijo(a). ¿En qué actividades/rutinas están involucrados su hijo(a)/familia? ¿Dónde/con quién pasa el tiempo su hijo(a)? ¿Con qué frecuencia/cuánto tiempo (día/tarde/fin de semana/frecuencia)?		
<u>Fecha</u>	Describa la gente juguetes, actividades, rutinas y lugares que más disfruta su hijo(a).	<u>Fecha</u>	Describa la gente juguetes, actividades, rutinas y lugares que más frustran a su hijo(a).
<u>Fecha</u>	¿Hay actividades o rutinas que le interesan a su familia hacer ahora, pero que no se pueden debido a las necesidades especiales de su hijo(a)? ¿Hay actividades/rutinas futuras que le interesan planificar a su familia (por ejemplo un viaje familiar, grupo de juego, ir a juegos de béisbol) y se pregunta cómo van a cubrirse las necesidades especiales de su hijo(a)? En caso afirmativo, por favor, descríbalas.		

## Recursos, Prioridades, Preocupaciones e Intereses Familiares

<p>Quisiera saber más o me interesa...</p> <p><i>Por ejemplo; reunirme con otras familias que tengan preocupaciones semejantes, ideas para involucrar a otros miembros de la familia y amistades, información acerca de la discapacidad de mi hijo(a).</i></p>	<p>Tengo preguntas/preocupaciones acerca de ...</p> <p><i>Por ejemplo; la alimentación, calma, comunicación, movimiento, vista u oído de mi hijo(a).</i></p>	<p>Recursos que ayudan a nuestra familia...</p> <p><i>Por ejemplo; parientes, amistades, afiliaciones religiosas, grupos/agencias comunitarias, grupos de juego y eventos de la comunidad.</i></p>	<p>Además de lo que acaba de informar, ¿hay algo más que quisiera decirnos que podría ser de ayuda para planificar apoyos o servicios para su hijo(a) y familia?</p>
<p><u>Fecha</u></p>	<p><u>Fecha</u></p>	<p><u>Fecha</u></p>	<p><u>Fecha</u></p>

## **Antecedentes y Observaciones del Desarrollo**

---

Conjuntamente, recopilamos información acerca del desarrollo de su hijo(a). Esta información es importante para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para recibir intervención temprana. Si su hijo(a) es elegible, esta información será de importancia para el desarrollo de un plan. Dos formas importantes en la que lo hacemos es conversar acerca y observar lo que puede hacer su hijo(a) y cómo se ha desarrollado a través del tiempo. Hay cinco áreas generales de desarrollo: comunicación, cognoscitiva, física, social o emocional, y adaptación, auto-ayuda o resolución de problemas.

## Antecedentes Médicos/Salud

Antecedes Prenatales y de Nacimiento

Hijo(a) por nacimiento

Adoptado(a)

Embarazo \_\_\_\_\_

Hospital donde nació el(la) niño(a): \_\_\_\_\_ Duración del Embarazo (semanas) \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

Parto \_\_\_\_\_

¿Estuvo su niño(a) en cuidados intensivo? (Dónde) \_\_\_\_\_ Duración de estancia en el hospital del (de la) niño(a) \_\_\_\_\_

Plan Médico \_\_\_\_\_ Médico de Cuidados Primarios (PCP) \_\_\_\_\_

Domicilio del Médico de Cuidados Primarios \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ No. de Identificación de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Otros Médicos encargados actualmente  
del cuidado del (de la) niño(a):

Domicilio y Teléfono:

Especialidad

Otros Médicos encargados actualmente del cuidado del (de la) niño(a):	Domicilio y Teléfono:	Especialidad

¿Diagnósticos? En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Está de acuerdo la familia con el diagnóstico? \_\_\_\_\_

## Antecedentes Médicos/Salud Continuación

Salud General \_\_\_\_\_ ¿Está al día en las vacunas? \_\_\_\_\_

¿Problemas de salud tales como alergias, infección de los oídos? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad o accidente serio, fiebre prolongada, convulsiones o ataques? \_\_\_\_\_

¿Cómo come su hijo(a)?  Se amamanta  Mamadera  Taza  Cuchara  Sonda nasogátrica/gástrica  Con los dedos

¿Está creciendo su hijo(a) y aumentando de peso? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) una dieta especial o está tomando complementos alimenticios? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento su hijo(a)? (enumere) \_\_\_\_\_

¿Se le ha hecho un estudio de visión o auditivo a su hijo(a) durante los últimos 6 meses? (indique las fechas) \_\_\_\_\_

### Hospitalización principal

Dónde	Cuándo	Motivo

## **Resumen de Niveles Actuales de Desarrollo del (de la) Niño(a)**

*A medida que planeamos cómo proporcionarle a usted y a su hijo(a) apoyos /servicios, preparamos un resumen de la salud, crecimiento y desarrollo de su hijo(a). Es importante que pensemos acerca de la visión, audición y el estado de nutrición de su hijo(a). Otra información que pudiera afectar la planificación incluyen los antecedentes del nacimiento, diagnósticos adicionales, medicamentos, asuntos que pudieran afectar el rendimiento de su hijo(a), etc.. Ya nos ha ayudado a recopilar esta información. Fuentes posibles de información para resumen incluyen conversaciones que hemos tenido con usted, observaciones de su hijo(a) en rutinas diarias, evaluación formal e informes médicos.*

**Resumen de los Niveles Actuales de Desarrollo del (de la) Niño(a), continuación**

## Resultados que Desean el (la) Niño(a) /Familia # \_\_\_\_\_

<u>Fecha</u>	¿Qué desea ver su familia que ocurra o que cambie como resultado de la intervención temprana y cómo sabremos que hemos avanzado? (incluya plazos)		
<u>Fecha</u>	¿Qué está ocurriendo ahora en relación a este resultado? (incluso recursos y preocupaciones del (de la) niño(a) y/o de la familia)		
<u>Fecha</u>	Ideas/actividades <i>(cosas que estamos haciendo /haremos para que esto suceda)</i>	Personas <i>(que enseñarán, aprenderán, harán)</i>	Ambientes Naturales <i>(entornos de actividades o lugares para aprender/hacer)</i>

**REVISION/CAMBIO**

\_\_\_\_\_ Necesitaremos continuar \_\_\_\_\_ Hemos revisado

**FECHAS**

\_\_\_\_\_ Terminado (hemos logrado nuestro resultado). \_\_\_\_\_ Se ha informado a los miembros del equipo.

**Ambientes Naturales:** Los servicios de Intervención Temprana deben proporcionarse en ambientes naturales (entornos que son naturales/típicos para la edad del (de la ) niño(a), compañeros que no tengan discapacidades) en la mayor medida que se considere apropiado y puede proporcionarse sólo en entornos que no sean los naturales cuando no pueden lograrse resultados satisfactorios en los ambientes naturales. IDEA requiere una justificación para apoyar la decisión del equipo de IFSP de que el resultado/estrategias no pueden obtenerse en forma satisfactoria en ambientes.

1) Por qué los resultados/estrategias no pueden lograrse en un ambiente natural.	2) ¿Cómo se generalizará la intervención al ambiente natural?	3) Plan/ plazo para llevar el servicio al ambiente natural.
--	---	---

## Plan y Plazo de Transición

**Plan Individual de Transición para:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Evento de Transición	Un vistazo más de cerca	Plazo	Fecha en que logró
<p>A los padres de familia se les informó de los programas y servicios disponibles para cuando el (la) niño(a) cumple tres años de edad.</p>	<p>Los programas pueden incluir: pre-escolar /guardería de la comunidad, Head Start, pre-escolar del distrito escolar, etc..</p> <p>Se alienta a la familia a plantear preguntas en forma de tormenta de ideas respecto al proceso de transición.</p>	<p>Durante el registro con AzEIP.</p>	
<p>Firmar liberación de información.</p>	<p>Se requiere la liberación de información para compartir los expedientes entre los programas.</p> <p><i>*SC es el facilitador y proporciona los expedientes que requiere el distrito PS, ADE proporciona información acerca de opciones pre-escolares educativas y requisitos de elegibilidad, Salvaguardas de Procedimiento y otras necesidades de asesoría.</i></p>	<p>En o antes de la reunión previa a la transición.</p>	
<p>Conferencia para la Planificación de la Transición</p>	<p>Los Representantes del Distrito de la Conferencia para la Planificación de la Transición son invitados a describir varias opciones de programas, contestar preguntas y compartir expedientes, cuando es necesario.</p>	<p>3-6 meses antes del 3<sup>er</sup> cumpleaños del (de la) niño(a).</p>	

## Plan y Plazo de Transición, continuación

Evento de Transición	Un vistazo más de cerca	Plazo	Fecha en que logró
Ofrece visitas a los sitios de opciones del programa	El representante del distrito deberá hacer arreglos con la familia para las visitas a los sitios del programa.	3-6 meses antes del 3 <sup>er</sup> cumpleaños del (de la) niño(a)	
El Equipo Multidisciplinario de Evaluación explica los resultados de la evaluación y de las Salvaguardas del Procedimiento.	Se determina la elegibilidad o no-elegibilidad para la educación especial y servicios relacionados. En caso de elegibilidad, la familia toma la decisión respecto a que si quieren o no educación especial y los servicios relacionados.	Para el 3 <sup>er</sup> cumpleaños del (de la) niño(a).	
Si la familia opta por otro programa que no sea el de educación especial y servicios relacionados, se remite al (a los) programa(s) comunitarios apropiados.	En este momento pueden hacerse otras remisiones, pero los procedimientos pueden variar. El coordinador de servicios y la familia pueden liberar los expedientes y proporcionarlos al (a los) programa(s) seleccionado(s).	Para el 3 <sup>er</sup> cumpleaños del (de la) niño(a).	

## Apoyos y Servicios Que se Requieren para Avanzar hacia Resultados

<b>Apoyos/Servicios</b> <i>Recuerde, cada servicio y apoyo requiere relacionarse con un resultado.</i>	<b>Resultado #</b>	<b>¿Con qué frecuencia y cuánto tiempo cada vez?</b>	<b>¿Quién lo hará?</b>	<b>¿En qué ambiente de actividad se llevará a cabo?</b> <i>La justificación debe anotarse en la página de resultados.</i>	<b>¿Quién lo pagará?</b>	<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha de Conclusión</b>
<b>Otros servicios relacionados requeridos:</b>							

## Página del Equipo IFSP

### Consentimiento Informado de los Padres de Familia para los Servicios de Intervención Temprana:

He participado en el desarrollo de este IFSP y entiendo su contenido. Entiendo que puedo aceptar o rehusarme cualquiera o todos los servicios identificados en el IFSP. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento respecto a los servicios en cualquier momento.

Por favor, marque y firme abajo:

1. \_\_\_\_ Entiendo mis derechos bajo este programa y he recibido una copia escrita del Folleto para Familias de las Salvaguardas de los Procedimientos AzEIP.
- 2 a.. \_\_\_\_ Doy mi permiso para realizar este Plan Individualizado de Servicio para Familias, tal como está escrito.
- 2.b. \_\_\_\_ No acepto este Plan Individualizado de Servicio para Familias tal como está escrito; sin embargo, otorgo mi permiso para que inicien los siguientes apoyos/servicios:
3. \_\_\_\_ He recibido copias de las Encuestas de Satisfacción Familiar de AzEIP.

Firma de Padres de Familia/Substituto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padres de Familia/Substituto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha en que se revisó este IFSP con una reunión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nota: Los padres de familia deben indicar su aprobación de cambios efectuados en el IFSP firmando con sus iniciales y fechando los cambios (a menos que los padres de familia los hayan solicitado telefónicamente.)**

Enumere a todos los Miembros del Equipo IFSP, ya sea que estén o no presentes, que hayan contribuido al desarrollar este IFSP, utilizando la página adicional en caso que se requiera.

Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Presente	Se dió informe
_____	_____	_____	_____	_____

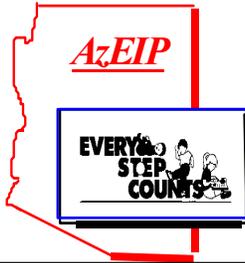
Domicilio \_\_\_\_\_

Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Presente	Se dió informe
_____	_____	_____	_____	_____

Domicilio \_\_\_\_\_

## Página del Equipo IFSP, Continuación

			Presente	Se dió informe
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	_____	_____
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	_____	_____
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	_____	_____
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	_____	_____
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	_____	_____
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	_____	_____
Domicilio				



**Programa de Intervención Temprana de Arizona**  
**Plan Individualizado de Servicio para Familias (IFSP)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Persona(s) Responsable(s) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Cuidado Adoptivo No \_\_\_ Si \_\_\_ ACYF \_\_\_ DDD \_\_\_ Idioma que se habla en casa \_\_\_\_\_ Niño(a) \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ No. de Identificación ASSISTS \_\_\_\_\_ No. de Identificación AHCCCS \_\_\_\_\_

Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) Elegible Si \_\_\_ No \_\_\_ Seguro (TPL) Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre de Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_ No. de Identificación de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Plan Médico \_\_\_\_\_ Médico de Cuidados Primarios (PCP) \_\_\_\_\_

Domicilio del Médico de Cuidados Primarios \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Agencia Primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Coordinador de Servicios \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_ IFSP Inicial \_\_\_ 6 meses \_\_\_ Anual \_\_\_ Otro

Distrito Escolar \_\_\_\_\_

Fecha de Conferencia de Transición: